

# اختلال هراس از مدرسه

دکتر بهمن نجاریان\*، سودابه بساک نژاد\*\*

## چکیده

در جریان رشد، کودکان انواع گوناگون و طیف گسترده‌ای از ترسها را نشان می‌دهند، که گاه از آنچنان شدتی برخوردارند که زندگی روزمره آنانرا بسیار دشوار یا مختل می‌سازند. این ترسهای غیرمنطقی هراس نامیده می‌شوند. یکی از انواع هراسهای دوران کودکی، هراس از مدرسه است که با امتناع کودک از رفتن به مدرسه همراه می‌باشد. از آنجائیکه هراس از مدرسه ممکن است به افت تحصیلی منجر گردد، درمان و مقابله به موقع با آن اهمیت و ضرورت فراوان دارد. عوامل زمینه سازی مثل اضطراب جدایی از مادر، مشکلات و درگیری‌های خانوادگی، ترس کودک از معلم یا مدیر، یا مورد تمسخر واقع شدن توسط همکلاسیها، بعضی از عواملی هستند که می‌توانند موجب بروز واکنش هراس از مدرسه در کودک گردند. استفاده همزمان و ترکیبی از روشهای مختلف، به ویژه دارودرمانی، رفتاردرمانی، آموزش‌دهی در منزل و خانواده‌درمانی، می‌تواند به کاهش علائم این اختلال کمک کند.

## مقدمه:

ورود کودک به مدرسه، پانهادن از دنیای کوچک خانه به دنیای وسیع‌تر جامعه و مدرسه است. مدرسه همچون خانواده، محیطی اجتماعی است که بسیاری از راه و رسم‌های زندگی و الگوهای

\* دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز.

\*\* مربی گروه روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز.

رفتار اجتماعی ایفای نقش های مختلف و پذیرش مسئولیت را به کودک می آموزد. از آنجائیکه کودک حدود نیمی از ساعات بیداری و فعالیت خود را در مدرسه می گذراند، لذا مدرسه قادر است بسیاری از مهارت های شناختی و اجتماعی را که خانواده قادر به ارائه آنها نیست، به کودک بیاموزد. علی رغم امتیازات چشمگیر حضور کودک در مدرسه، ممکن است کودک از رفتن به مدرسه امتناع ورزد و واکنش های روانی نگران کننده ای نسبت به مدرسه از خود نشان دهد (شعاری نژاد، ۱۳۶۴؛ یاسایی، ۱۳۶۸). به همین دلیل، بسیاری از مربیان و والدین علاقه مندند که با علل بروز اختلال هراس از مدرسه (school phobia disorder) در کودکان ونحوه مقابله با آن آشنا شوند. در این مقاله، سعی شده است تا بر اساس تازه ترین یافته های روانشناسی، ویژگی های عمومی اختلال هراس از مدرسه، انواع و میزان شیوع، علت شناسی، و درمان آن مورد بررسی قرار گیرد.

### توصیف اختلال هراس از مدرسه:

ترس، واکنش هیجانی طبیعی انسان نسبت به خطرات احتمالی یا واقعی در زندگی روزمره است. در جریان رشد، کودکان انواع مختلفی از ترس های طبیعی و واقعی را بروز می دهند. با افزایش سن، تنوع و شدت ترسها بیشتر می شود، به طوری که در هر محدوده سنی، کودکان نسبت به وقایع و موضوعات ویژه ای برای مدت کوتاهی واکنش نشان داده و با گذشت زمان، واکنش آنان کاهش یافته یا تغییر می یابد (هیوز، Hughes، ۱۹۸۸). این واکنش های کوتاه مدت و زودگذر ترس که با محدوده سنی کودکان تناسب دارد، ترس های رشدی (developmental fears) نامیده می شوند. از سوی دیگر، برخی از ترس های کودک می توانند چنان شدتی پیدا کنند که زندگی وی را شدیداً مختل سازند و فعالیت های اجتماعی او را محدود کنند (راس، Ross، ۱۹۷۴). در چنین شرایطی ترسها با عامل ایجاد کننده خود تناسب ندارند، و به افزایش وابستگی کودک به والدین، ناسازگاری های رفتاری و بروز واکنش های غیرمنطقی ترس منجر گردند. این ترس های غیر منطقی، هراس یا فوبی (phobia) نامیده می شوند. یکی از انواع هراس های دوران کودکی، اختلال هراس از مدرسه است.

اختلال هراس از مدرسه نوعی اختلال هراس در کودکان و نوجوانان است که به صورت امتناع از رفتن به مدرسه، احساس ترس شدید نسبت به مدرسه، شکایت ز دردهای جسمانی، و گریه صبح هنگام و اضطراب می‌کند (لست، فرانسیس و استراس Last, Francis & Strauss, ۱۹۸۹). از سوی دیگر، والدین به دلیل نگرانی از وجود احتمالی نوعی بیماری، کودک خود را به مدرسه نمی‌فرستند (راتر و هرسو Rutter & Hersov, ۱۹۸۵). امتناع از رفتن به مدرسه که با انواع شکایتهای جسمانی، به ویژه دردهای ناحیه شکم، تهوع و سردرد نیز همراه است، با عنوان سندرم بالماسکه (Masquerade Syndrome) شناخته می‌شود. این نامگذاری برای واقعیت مبتنی است که کودک مجموعه‌ای از علائم بیماری جسمانی را (شبه انواع بیماریهای عفونی دوران کودکی، درد آپاندیس و سردرد میگرن) نشان می‌دهد، ولی در واقع بیمار نیست و پزشک سلامت جسمانی او را تأیید می‌کند (تیلور و آدنمن Adelman & Taylor, ۱۹۸۷). ویژگیهای کلی اختلال هراس از مدرسه عبارتند از:

- الف - کودک از رفتن به مدرسه امتناع می‌ورزد و بی‌میلی شدیدی نسبت به ترک خانه و حضور در مدرسه نشان می‌دهد.
- ب - کودک هنگام رفتن به مدرسه گریه و زاری کرده و کراهِ دربارهِ احساس ترس و انزجار خود نسبت به مدرسه صحبت می‌کند.
- ج - قبل یا هنگام رفتن به مدرسه از درد ناحیه شکم، دل پیچه، سردرد، تب و حالت تهوع شکایت می‌کند و اصرار دارد که در منزل (به ویژه رختخواب) باقی بماند.
- د - کودک کراهِ از مدرسه غیبت می‌کند و والدین از غیبت‌های مکرر وی مطلع هستند.
- ه - علی‌رغم شکایتهای کودک، پزشک هیچ نوعی بیماری مشخص و جدی در کودک تشخیص نمی‌دهد و آزمایشهای پاراکلینیکی متعدد سلامت جسمانی کودک را تأیید می‌کند.
- و - کودک در مدرسه گوشه‌گیر و منزوی است و با چهره‌های نگران، از شرکت در فعالیتهای گروهی و آموزشی خودداری می‌کند.

در آخرین طبقه بندی تشخیص بیماریهای کودکان، یعنی DSMIII-R (۱۹۸۷) مدرسه به عنوان یک اختلال مستقل و مجزا مورد بحث قرار نگرفته است، بلکه در مجموعه ملاکهای تشخیصی اختلال اضطراب جدایی (separation anxiety) کودکان مطرح شده است.

کودک مبتلا به اختلال اضطراب جدایی، هنگام دور شدن از والدین، اشخاص آشنا، خانه و محیطهای مأنوس، دچار اضطراب شدیدی می شود که منجر به امتناع وی از رفتن به مدرسه (و مواردی مثل مسافرت و اردو) می شود و نشانه هایی از وابستگی و احساس تعلق به والدین را نشان می دهد (کاپلان و سادوک Kaplan & Sadock, ۱۹۸۸، نوایی نژاد، ۱۳۶۸). نوکس (Knox, ۱۹۸۹) به تلفیق اختلال هراس از مدرسه و اضطراب جدایی پرداخته، و معتقد است که موارد استفاده از واژه هراس از مدرسه نادر می باشد. از سوی دیگر، لست و همکاران (۱۹۸۹) در دفاع از ضرورت به کارگیری واژه اختلال هراس از مدرسه توضیح می دهند که هر چند این اختلال با اضطراب جدایی یا اضطراب مفرط (overanxious disorder) کودکان همپوشی و ارتباط دارد، اما باید به بروز ویژگیهای مرضی در یک حیطه خاص یعنی مدرسه توجه کرد.

دیویدسون (Davidson, ۱۹۶۱) معتقد است که دانش آموزان مبتلا به این اختلال معمولاً از بهره هوشی و عملکرد تحصیلی مناسبی برخوردارند، اما بزدل، منفعل و انزواطلب هستند و از شرکت در ورزشهای گروهی امتناع می ورزند. تعداد قابل ملاحظه ای از کودکان مبتلا به اختلال هراس از مدرسه به طور همزمان علائم مرضی اختلال شب اداری را نیز نشان می دهند (لازاروس و آبرامویتز Lazarus & Abramovitz, ۱۹۶۲). کازان (Chazan, ۱۹۶۲) و بلاگ (۱۹۷۹) نیز گزارش می دهند که اغلب کودکان مبتلا به اختلال هراس از مدرسه، مشکلاتی در زمینه های تغذیه و خواب نشان می دهند.

### انواع اختلال هراس از مدرسه

کندی (Kennedy, ۱۹۶۵) اختلال هراس از مدرسه را به دو دسته تقسیم می کند: نوع اول اختلال هراس از مدرسه (Type I) و نوع دوم اختلال هراس از مدرسه (Type II). ویژگیهای هر یک از دو نوع اختلال هراس از مدرسه ذیلأ ارائه شده است.

### ۳. نوع اول اختلال هراس از مدرسه :

این نوع اختلال هراس که غالباً در پایه‌های اول و دوم ابتدائی رخ می‌دهد، معمولاً پس از یک بیماری جسمی و غیبت کوتاه مدت از مدرسه، آغاز می‌شود. والدین این قبیل کودکان، با مشاهده هر علامت ساده‌ای از بیماری (مثل عطسه و سرفه)، کودک خود را از رفتن به مدرسه محروم می‌کنند. البته علاوه بر حساسیت و توجه افراطی به سلامت جسمانی کودک، این قبیل والدین معمولاً به جبران عقب افتادگی تحصیلی ناشی از رفتن کودک به مدرسه می‌پردازند. بنابراین، علی‌رغم غیبت از مدرسه عملکرد تحصیلی این گروه مبتلا به اختلال هراس از مدرسه رویهمرفته رضایت بخش است (راس، ۱۹۷۴؛ هیوز، ۱۹۸۸).

### ۴. نوع دوم اختلال هراس از مدرسه :

این اختلال در پی تجربه نسبتاً طولانی کودک در رفتن به مدرسه (به عنوان مثال، در پایه‌های دوم، چهارم یا اوایل نوجوانی) بروز می‌کند و به غیبت‌های مکرر و از مدرسه منجر می‌گردد. در واقع خانودگی این قبیل کودکان، معمولاً مشکلات خانودگی (مثل، طلاق یا دعوی والدین) وجود ضوابط خشن و انضباط شدید در خانه مشاهده می‌شود. پدران این گروه از کودکان، رای نقش منفعلی در اداره مجموعه خانواده هستند و با کودکان خود ارتباط چندانی ندارند. بسامانی روابط و ساخت خانواده و وجود مادری مسلط و پدری متزوی، از جمله ویژگی‌های رز خانواده کودکان مبتلا به نوع دوم اختلال هراس از مدرسه می‌باشد. همچنین این کودکان مشکلات تحصیلی بسیاری دارند که می‌تواند منجر به بروز افت تحصیلی شدید و حتی ترک تحصیل گردد (کندی، ۱۹۶۵).

یکی از ویژگی‌های کودکان مبتلا به اختلال هراس از مدرسه، نگرانی افراطی آنان در مورد مرگ است، هر چند تحقیقات نشان می‌دهد که میزان شیوع نگرانی کودک درباره مرگ در نوع اول اختلال هراس از مدرسه بیشتر از نوع دوم است. ضمناً شروع نوع اول اختلال هراس از مدرسه حادثتر ولی مقاومت کودک به درمان کمتر از نوع دوم است (کندی، ۱۹۶۵). البته علاوه بر این دو نوع اختلال هراس از مدرسه، کاساهارا (Kasahara، ۱۹۸۹) به بروز نوع خاص و تغییر شکل

یافته‌ای از اختلال هراس از محل تحصیل یا محیط کار در سنین بالاتر اشاره می‌کند و از آن با واژه "نوروز عقب‌نشینی" (retreat neurosis) نام می‌برد. وی معتقد است که ویژگی‌های بالینی هراس از مدرسه در افراد بزرگسال می‌تواند به صورت نوروز عقب‌نشینی بروز کند که مشخصه اصلی آن غیبت‌های مکرر از دانشگاه یا محیط کار است. به نظر می‌رسد که افراد مبتلا به نوروز عقب‌نشینی، نوعی تمایل برای فرار از شرایط و محیط رقابت آمیز کار و زندگی به محیط نسبتاً امن خانه وجود دارد.

### تشخیص افتراقی اختلال هراس از مدرسه :

مروری بر متون روانشناسی مرضی و بالینی کودک نشان می‌دهد که ملاکهای قطعی و مسلمی برای تشخیص هراس از مدرسه وجود ندارد، و علائم و نشانه‌های بالینی این اختلال را می‌توان در گستره‌ای از سایر اختلالات روانپزشکی دوران کودکی نیز مشاهده کرد (بلاگ، ۱۹۸۷). لذا برای تشخیص افتراقی این اختلال از سایر اختلالات به ظاهر مشابه، به ویژه اضطراب جدائی و فرار از مدرسه (school truancy)، دقت فراوانی لازم است. در اختلال هراس از مدرسه، شدت احساس ناراحتی ناشی از ترک خانه و خانواده بیشتر از اختلال اضطراب جدائی است (لست و همکاران، ۱۹۸۹، بایر و ولج Bauer & Welch، ۱۹۹۲). همچنین باید بین این اختلال و اختلال فرار از مدرسه تمایز قایل شد. فرار از مدرسه یکی از ویژگی‌های اصلی بزهکاری (delinquency) و اختلال سلوک (conduct disorder) محسوب می‌شود که با غیبت از مدرسه بدون اطلاع والدین، فرار از مدرسه دروغگویی، دزدی، ناسازگاری و مشکلات تحصیلی مشخص می‌شود. کودکان مبتلا به اختلال فرار از مدرسه، معمولاً در محیط خانه و مدرسه کودکانی غیرمحبوب و ناسازگار بامشخصه رفتارهای ضد اجتماعی هستند (هرس، ۱۹۶۰، هیوز، ۱۹۸۸). ضمناً میزان شیوع اختلال هراس از مدرسه حدوداً سه برابر بیشتر از شیوع اختلال فرار از مدرسه است (تایرمن Tyerman، ۱۹۸۲).

در خصوص تشخیص افتراقی بین اختلال هراس از مدرسه و بیماریهای جسمی کودکان، باید توجه داشت که در اختلال هراس از مدرسه نیز انواع مختلف شکایات جسمانی مشاهده

مشاهده می‌شود، لذا ضرورت دارد که بین این اختلال و انواع بیماریهای کودکان (مثل درد آپاندیس و برخی بیماریهای عفونی و داخلی کودکان) از طریق انجام معاینات دقیق پزشکی تفاوت قائل شد.

### میزان شیوع اختلال هراس از مدرسه:

هر چند گزارشات مستندی در خصوص میزان شیوع اختلال هراس از مدرسه در ایران در دست نیست، اما تحقیقات انجام شده در سایر کشورها نشان می‌دهند که این اختلال احتمالاً در ۲ تا ۳ درصد جمعیت کودکان مدرسه رو (کندی، ۱۹۶۵، شیموزو Shimuzu، ۱۹۸۹) و ۳ درصد کودکان ارجاعی به مراکز بهداشت روانی مشاهده می‌شود (راتر، تیزارد و ویت مور Rutter، Tizard & Whitmore، ۱۹۷۰). تننت (Tennent، ۱۹۷۱). معتقد است که هراس از مدرسه علت ۳/۳ درصد کل غیبت‌ها در مدارس است؛ و کندی (۱۹۶۵) گزارش می‌دهد که در هر ۱۰۰ دانش‌آموز آمریکائی، ۱۷ دانش‌آموز مبتلا به این اختلال وجود دارد. همچنین، کازان (۱۹۶۲) اظهار می‌دارد که ۱ درصد کل دانش‌آموزان ۱۰ ساله به بالا در کشور انگلیس به این اختلال مبتلا دارند. البته ادعا می‌شود که آمار واقعی دانش‌آموزان مبتلا به این مشکل احتمالاً بیشتر از آمار رسمی گزارش شده است (بلاگ، ۱۹۸۷)، و میزان شیوع این اختلال در جوامع مختلف رو به افزایش است (شیموزو، ۱۹۸۹، تاتارا Tataru، ۱۹۸۷).

دامنه سنی شروع این اختلال معمولاً بین ۹ تا ۱۶ سالگی است، هرچند بررسیهای دقیق‌تر نشان می‌دهد که سه دامنه سنی محدودتر برای اوج شیوع این اختلال وجود دارد: ۵ تا ۶، ۱۱ تا ۱۲، و ۱۳ تا ۱۴ سالگی (بلاگ، ۱۹۷۹). شایان توجه است که بر خلاف تصور شایع، میزان شیوع هراس از مدرسه در پسرها کمی بیشتر از دخترهاست (بلاگ، ۱۹۸۷). برخی از یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که اغلب کودکان مبتلا به هراس از مدرسه، اولین فرزند، آخرین یا تنها فرزند خانواده هستند (کازان، ۱۹۶۲). به عبارتی، می‌توان نتیجه گرفت که فرزندان میانی

خانواده ها، بنا به عللی کمترین احتمال ابتلا به این اختلال را دارند.

### علت شناسی اختلال هراس از مدرسه :

از آنجائیکه پدیده هراس از مدرسه در کودکان می تواند ناشی از عوامل متعددی باشد، این اختلال از پیچیدگی خاصی برخوردار است (بلاگ، ۱۹۸۷). لذا غیبت های کودکان از مدرسه باید از بسیاری جهات مثل فراوانی، تداوم و آگاهی والدین نسبت به وضعیت کودک مورد بررسی قرار گیرند (ببینگتون و هیل Bebbington & Hill، ۱۹۸۵).

تحقیقات نشان می دهد که مرگ یکی از اعضای خانواده می تواند زمینه ساز بروز هراس از مدرسه در برخی از کودکان باشد (بلاگ و یول Blagg & Yule، ۱۹۸۴). در همین رابطه، برخی محققین ادعا می کنند که اضطراب جدائی، مهمترین علت هراس از مدرسه در آندسته از کودکانی است که اختلال آنان در سنین پائین تر رخ می دهد (بلاگ، ۱۹۸۴). جالب توجه است که در چنین مواردی، وابستگی مادر به کودک ممکن است بیشتر از وابستگی کودک به مادر باشد (آیزنبرگ Eisenberg، ۱۹۵۹، یاتز Yates، ۱۹۷۰). اسمیت و شارپ (Smith & Sharp، ۱۹۷۰) نیز ادعا می کنند که هراس از مدرسه در دانش آموزان بزرگتر بیشتر به علت ترس از شکست تحصیلی و سایر مشکلات مربوط به مدرسه رخ می دهد.

روبهم رفته، مروری بر مجموعه یافته های پژوهشی به وجود برخی ویژگی های کودکان به عنوان علل احتمالی دیگری نیز اشاره دارد، از قبیل اجتناب از امتحان، انزجار از غذای مدرسه، اصرار بر تنها نگهداشتن خواهر یا برادر کوچکتر خود در منزل (شاید به خاطر حسادت و رقابتهای کودکان مرتبط با پدیده ترتیب تولد birth order)، احتراز از مسخره شدن توسط همکلاسیها، اجتناب از تنبیه شدن توسط معلم، و اجتناب از شرکت در برخی از فعالیتها و ورزشهای گروهی (گالوی و میلر Galloway & Miller، ۱۹۷۸).

لارنس (Lawrence، ۱۹۷۸) اعتقاد دارد وقتی که کودکان بیش از حد تحت الحمایه



(over-protected children) وارد مدرسه می‌شوند و با مشکلاتی مثل معلم سخت گیر و نشنیدن، روبرو می‌شوند، گرایش قوی برای ماندن در منزل و به مدرسه رفتن پیدا می‌کنند. در یک تحقیق گسترده، آلدز، فلدمن، ویواز و جلفن (Aldaz, Feldman, Vivas & Geldfar, ۱۹۸۷) با استفاده از روش آماری رگرسیون چند متغیری نشان دادند که عوامل پیش‌بین متعددی برای بروز اختلال هراس از مدرسه قابل شناسایی هستند، مثل افسردگی، وابستگی به خانواده، و اضطراب و ترس، فراوانی تغییر مدرسه، وجود موارد و سرابقی از اختلال هراس از مدرسه در سایر اعضای خانواده، ویژگیهای منفی معلم و مدرسه، و مشکلات سازگاری با سایر دانش‌آموزان. در همین رابطه برخی محققین نشان داده‌اند که علایم افسردگی در ۷۱ درصد کودکان مبتلا به اختلال هراس از مدرسه وجود دارد (کانتول و کارلسون Cantwel & Carlson, ۱۹۸۳). بلاگ (۱۹۸۷) معتقد است که یکی از شاخصهای خوب برای تشخیص اولیه کودکان در معرفی خطر ابتلا به این اختلال، مراجعات مکرر دانش‌آموزان به رویی بهداشت مدرسه و ابراز شکایات جسمانی متعدد است.

بررسی دقیق متون روانشناسی نشان می‌دهد که مجموعه عوامل موثر در بروز اختلال هراس از مدرسه را می‌توان به دو دسته عوامل مربوط به خانواده و عوامل مربوط به مدرسه تقسیم نمود. امید است که آشنائی بیشتر با این عوامل، دست اندرکاران امورآموزش و پرورش و والدین را در پیشگیری از بروز و تشدید اختلال هراس از مدرسه و همچنین زاهددهای مقابله با آن یاری نماید.

### ف. عوامل مربوط به خانواده :

کودکان مبتلا به اختلال هراس از مدرسه، قادر به برقراری ارتباط اجتماعی موثر و مفید با کودکان دیگر نیستند و در صورت دور شدن از خانه، احساس اضطراب می‌کنند، لذا با امتناع از رفتن به مدرسه در صدد کسب احساس ایمنی و حمایت خانواده بر می‌آیند (بارکر Barker, ۱۹۸۰). این الگوهای رفتاری بیانگر عدم پختگی هیجانی کودک و زمینه‌های شخصیتی

اضطراب است. نتایج مطالعات مختلف نشان می‌دهد که عدم رشد هیجانی کودکان ناشی از وجود مادران مضطرب می‌باشد. به نظر می‌رسد که وابستگی های افراطی مادر - کودک، اظهار جملات حمایتی و انتقال حالات ترس و نگرانی از مادر به کودک (به عنوان یک الگوی رفتاری)، می‌تواند زمینه ساز بروز نوع اول اختلال هراس از مدرسه گردد (گراهام، Graham، ۱۹۸۶). توصیه ها، رهنمودها، و مراقبت های افراطی مادر مثل " مواظب باش در مدرسه صدمه نبینی " و " مواظب باش سرما نخوری "، نیز می‌تواند منجر به اجتناب کودک از مدرسه شود. آمادگی کودک را برای شرکت در آموزشهای رسمی مدرسه و فعالیت های اجتماعی کاهش دهد.

بر اساس یافته های پژوهشی نوع دوم اختلال هراس از مدرسه ناشی از شرایط نامطلوب خانوادگی مثل بیماری والدین، جدایی والدین و دعوای خانوادگی است. این شرایط نامطلوب خانوادگی می‌تواند محیط متشنج نگران کننده ای ایجاد کند که منجر به بروز هراس در کودک گردد، و او را تشویق کند که از رفتن به مدرسه امتناع ورزد و در خانه بماند. وجود پدری منفعل که نقش تعیین کننده ای در مدیریت خانواده ندارد، و نبرد مشوقهای خانوادگی برای انجام تکالیف مدرسه، می‌تواند بر شدت امتناع کودک از رفتن به مدرسه بیفزاید (گراهام، ۱۹۸۶). روانشناسان معتقدند که اقامت کودک در خانه به خاطر شکایت های جسمانی خیالی اش، معمولاً با بازی و تفریح در منزل همراه است. لذا کودک بجای رفتن به مدرسه، در خانه باقی می ماند و خود را سرگرم می‌کند (به طور مثال، در خانه فوتبال بازی می‌کند یا به تماشای تلویزیون می‌پردازد). همچنین، ممکن است کودک با کمک والدین خود، عقب افتادگی تحصیلی اش را جبران کند، و بدین ترتیب با کسب این تقویت های ثانویه بیش از پیش گرایشی برای نرفتن به مدرسه نشان می‌دهند (تاتارا، ۱۹۸۷، تیلور و آدلمن، ۱۹۹۰).

علی‌رغم مطالب ذکر شده در خصوص تاثیر فراوان محیط خانوادگی در بروز اختلال هراس از مدرسه، پیل کینگتون و پیرسل (Pilkington & Peirsel، ۱۹۹۱) وجود وابستگی کودک به مادر و اضطراب جدایی را به عنوان اصلی ترین زمینه ایجاد اختلال هراس از مدرسه، مورد شک و تردید قرار می‌دهند، و معتقدند که عوامل دیگری مثل محیط نامساعد مدرسه می‌تواند در

روز و تشدید اختلال هراس از مدرسه دخالت کنند.

ب. عوامل مربوط به مدرسه :

اگر چه مسئولین اجرایی مدارس موظفند که نظم و مقررات را در مدرسه ایجاد و حفظ نمایند، ولی هرگونه زیاده روی و توسل به خشونت از سوی آنان ممکن است که رغبت دانش آموز را برای حضور فعال در مدرسه کاهش دهد و احتمال بروز اختلال هراس از مدرسه را در آنان افزایش دهد. بدیهی است که کودک از حضور در محیطهای آکنده از رقابت و خشونت اجتناب می کند و شوق مشارکت در برنامه های آموزشی را از دست می دهد. به نظر گراهام (۱۹۸۶)، وجود معلمی بی تفاوت و اهمال کار در کلاس درس که توجه چندانی به فعالیت های دانش آموزان ندارد، نیز می تواند کودک را نسبت به انجام تکالیف تحصیلی بی علاقه نماید. محروم ماندن از داشتن یک معلم خوب و محبوب، نزاع شدید با همکلاسیها و انتقال از یک مدرسه به مدرسه دیگر، همگی می تواند نارضایتی کودک از محیط مدرسه و اجتناب از آن را به وجود آورد (بارکر، ۱۹۸۸). در همین راستا، شیموزو (۱۹۸۹) ضمن نقد و بررسی تغییرات سریع ساختار آموزشی کشور ژاپن، اظهار می دارد که قرار گرفتن کودک در جریان تحول و تغییرات سریع نظام آموزشی، می تواند او را دچار هراس از مدرسه نماید. کودکی که برای مالیات متمادی به یک روند منظم آموزشی خو گرفته و به آن علاقه مند شده است، در پی تغییر شدید و غیر مترقبه نظام آموزشی، ممکن است علاقه و تمایل به مدرسه و تحصیل را از دست دهد و واکنش هراس از مدرسه را از خود بروز دهد.

یکی دیگر از متغیرهای جانبی مربوط به مدرسه که ممکن است در رابطه با تعدادی از کودکان مبتلا به هراس از مدرسه مطرح باشد، فاصله منزل تا مدرسه است (بلاگ، ۱۹۸۷). به نظر می رسد که احتمال بروز هراس از مدرسه در کودکانی که منزل آنان فاصله زیادی تا مدرسه دارد، به ویژه دانش آموزان پایه های پائینتر، بیشتر باشد. همچنین، توصیه شده است که میزان سازگاری کودک با گروه هم سن در محیط مدرسه و خانواده باید بررسی شود تا اطلاعات دقیقتری در زمینه های مهارتهای اجتماعی و خلق و خوی وی دست آید (بلاگ، ۱۹۸۷).

## درمان اختلال هراس از مدرسه :

کندی (۱۹۶۶) معتقد است که بازگرداندن دانش‌آموز مبتلا به نوع دوم اختلال هراس از مدرسه بسیار مشکل است چراکه آنان مقاومت زیادی از خود نشان می‌دهند. این مقاومت و شیوه صحیح برخورد با آن به حدی اهمیت دارد که بلاگ (۱۹۸۷) فصل ۷ کتاب "هراس از مدرسه و درمان آن" را به بررسی دلایل و چگونگی مقاومت کودک به درمان اختصاص داده است. وی اعتقاد دارد که نگرانی و مقاومت دانش‌آموزان نسبت به بازگشت به مدرسه، در زمینه‌های مختلفی مثل مواجه شدن با همکلاسیها و معلم، شیوه مقابله با عقب‌افتادگی‌های تحصیلی، و همچنین نحوه کنار آمدن با قطع امتیازات و منافع ثانویه ناشی از نرفتن به مدرسه، باید به طور دقیق بررسی شود. همچنین اهمیت دارد که نگرش کودک به مشکلش ارزیابی شود تا مشخص گردد که آیا کودک از مشکل خود و عوارض آن اظهار نگرانی می‌کند یا خیر، و اینکه آیا احساس گناه می‌کند یا نه.

به منظور مقابله با مشکل هراس از مدرسه، نتایج مطالعات مختلف بر ضرورت بازگشت فوری کودک به مدرسه جهت کاهش هر چه سریع‌تر علائم اختلال هراس از مدرسه اشاره می‌کنند (اسکاینر، ۱۹۷۴، هسیا Hsia، ۱۹۸۴، فرامروز Framrose، ۱۹۸۷، آیزنبرگ ۱۹۵۸). این محققین معتقدند که کودک هر چه بیشتر در منزل بماند (و به مدرسه نرود)، احتمال تشدید هراس وی از مدرسه و حتی بروز انواع دیگری از ترسها بیشتر می‌شود. البته صرف بازگشت کودک به مدرسه بیانگر مرتفع شدن ابعاد و عوامل زیربنائی و هیجانی وی نیست (والز و آدی Valles & Oddy، ۱۹۸۴). بررسی گزارشات منتشره در زمینه درمان این اختلال نشان می‌دهد که حدود ۸۵ درصد کودکان مبتلا به این اختلال طی یک دوره درمانی ۲ الی ۲۴ ماهه به مدرسه بازمی‌گردند (بلاگ، ۱۹۸۷).

رویه‌م‌رفته، علاوه بر بازگشت کودک به مدرسه، به عنوان بهترین شاخص درمان کودک مبتلا به اختلال هراس از مدرسه، امروزه برخی شاخصهای دیگر مثل سازگاری عاطفی و هیجانی، و عملکرد تحصیلی پس از بازگشت به مدرسه (بیکر و ویلز Baker & Wills، ۱۹۷۹)، حضور مستمر و به موقع در مدرسه نیز مورد توجه قرار می‌گیرند. بدیهی است که درمان این اختلال

متنازم برنامه‌ریزی سریع و دقیق برای ایجاد تغییراتی در خانه و مدرسه (مثل تغییر معلم یا -مدرسه یا کلاس) است (دیویدسون، ۱۹۶۱، بلاگ، ۱۹۸۷). از میان روشهای درمانی مختلف ای مقابله با اختلال هراس از مدرسه، در اینجا به چهار روش مهم دارودرمانی، درمان رفتاری، روش آموزش‌دهی در خانه و خانواده درمانی اشاره می‌شود.

#### ف. دارودرمانی :

برای کاهش علایم هراس از مدرسه، ممکن است که مصرف داروهای ضد افسردگی (مثل -بیمی‌پرامین) و داروهای آرامش‌بخش ضعیف (مثل لیبریوم) توصیه شود (گراهام، ۱۹۸۶، برنشتاین، کارفینکل و بوچارت ۱۹۹۰ Bernstien , Garfinkel & Bochart). همچنین، مطالعات گوناگون مصرف آرام‌بخش‌های ضعیف همراه با استفاده از سایر روشهای درمانی مثل رفتاردرمانی برای تخفیف مشکلات کودکان مبتلا به اختلال هراس از مدرسه را مورد تاکید قرار می‌دهند (گراهام، ۱۹۸۶، اسکایتر، ۱۹۷۴).

#### ب. رفتاردرمانی :

ضرورت دارد که کودک توسط پزشک معاینه شود و پس از تأیید سلامت وی، روشهای مختلف رفتاردرمانی به کار گرفته شود. علی‌رغم مقاومت‌ها و مخالفت‌های کودک، روانشناسان پیشنهاد می‌کنند که برای بازگشت سریع وی به مدرسه باید مجموعه‌ای از روشهای درمانی به ویژه روشهای شرطی‌سازی کلاسیک، شرطی‌سازی وسیله‌ای، غرقه‌سازی (flooding)، شکل‌دهی (shaping) و انفجاری (implosive) مورد استفاده قرار گیرد (کینگ و آلن دیک King & Ollendick، ۱۹۸۹، بلاک و یول، ۱۹۸۴).

اقدامات زیر برای رفتاردرمانی علایم هراس از مدرسه توسط بسیاری از رفتارگرایان توصیه شده است: بررسی مشکل کودک و شدت علایم، گفتگو با والدین کودک و بررسی میزان نگرانی‌های آنان، کاهش ارائه تقویت‌های ثانویه در خانه، افزایش تقویت اجتماعی در مدرسه، پیگیری وضعیت کودک در طول هفته و حتی روزهای تعطیل و تماس تلفنی مداوم بین رفتار

درمانگر و والدین برای کاهش نگرانی‌های آنان (برای نمونه، کندی، ۱۹۶۵؛ راس، ۱۹۷۴). بسیاری از مطالعات، بر کاربرد روش حساسیت زدایی (desensitization) تجسمی (in vitro) یا واقعی (in vivo) تاکید دارند (لازاروس، دیویسون و پرفلکا، Lazarus, Dividson & polefka ۱۹۶۵؛ گاروی و هگرینز، Garvey & Hegrenes, ۱۹۶۶، اسمیت و شارپ، ۱۹۷۰). در این روش، قبل از شروع سال تحصیلی، کودک را چندین بار به مدرسه می‌برند و او را با محیط مدرسه آشنا و مأنوس می‌سازند. هدف از چنین اقدامی این است که کودک منزل را ترک کند، با مسیر منزل تا مدرسه خو بگیرد، و با شرایط و فضای مدرسه تا حدودی سازگار شود و انطباق یابد.

رفتار درمانگران شناختی (cognitive behavior therapists) معتقدند که عوامل شناختی (آنچه کودک به خود می‌گوید و تغییرات شناختی که تجربه می‌کند) و تقویت اجتماعی (تشویق‌های مستقیم و غیر مستقیم درمانگر و والدین برای برگشت کودک به مدرسه) در درمان وی تأثیر به‌سزایی دارند (بلاگ، ۱۹۸۷). توصیه می‌شود پس از اجرای هر برنامه درمانی، ملاقاتی بین اعضای تیم درمانی (شامل والدین، معلم یا مدیر مدرسه و پزشک خانواده) انجام گیرد و پیشرفت درمان مورد بحث و بررسی قرارگیرد.

### ج. روش آموزش‌دهی در خانه :

در نوع دوم اختلال هراس از مدرسه، که در پایه‌های سوم، چهارم و پنجم تحصیلی یا اوایل نوجوانی بروز می‌کند، استفاده از روشهای رفتاری همیشه مفید نیست و نمی‌توان با اعمال زور و فشار روانی شدید کودک را به هر قیمتی به مدرسه بازگرداند (راس، ۱۹۸۱). برای درمان این گروه از کودکان، یافته‌های جدید به استفاده از روش آموزش‌دهی در خانه اشاره دارد. به نظر می‌رسد تحت فشار قراردادن و اصرار به کودک که به هر حال باید به مدرسه برود (زمانی که هنوز مشکلات محیط خانه و اضطرابهای کودک حل نشده‌اند)، ممکن است در برخی موارد به وخیم‌تر شدن شرایط کودک و بروز عوارض جانبی (مثل، انزجار شدید یا حتی ترک تحصیل) منجر گردد. بنابراین، والدین ملزم هستند که با به‌کارگیری یک معلم دلسوز و صمیمی، کودک را

در محیط خانه تحت آموزش قرار دهند تا کودک از تحصیلات رسمی و پیشرفت تحصیلی همکلاسیهایش عقب نیفتد. همچنین کودک می تواند به طور همزمان، تحت روان درمانی یا سایر روشهای رفتاری نیز قرار گیرد تا هر چه سریعتر برای بازگشت به مدرسه آماده شود (فاکس، Fox ۱۹۸۹؛ گالون و کینگ Gullone & King، ۱۹۹۱).

در رابطه با نحوه بازگشت کودک به مدرسه، پیشنهاد می شود تا بنابه تشخیص درمانگر یا مسئولین مدرسه، نوعی مراسم خاص خوش آمدگویی و خیرمقدمگویی به دانش آموز، توسط معلم و همکلاسیها برگزار شود تا شوق کودک به مدرسه افزایش یابد و تقویت مثبت شود (بلاگ، ۱۹۸۷). همچنین، روانشناسان توصیه می کنند که کمکهای درسی انفرادی و فوق العاده ای به دانش آموز ارائه شود تا بدینوسیله عقب ماندگی های تحصیلی وی جبران شود و اعتماد به نفس وی تقویت گردد (بلاگ، ۱۹۸۷).

### خانواده درمانی:

امروزه روشهای متعدد خانواده درمانی برای درمان اختلال هراس از مدرسه مطرح هستند (هسیا، ۱۹۸۴، فرامروز، ۱۹۷۷)، که بر مشارکت والدین در اجرای برنامه های درمانی تاکید می کنند (شیفر و میلمن، Shaefer & Millman، ۱۹۸۱، هیز، ۱۹۸۸).

یکی از رایج ترین روشهای خانواده درمانی توسط اسکاینر (۱۹۷۴) ارائه شده است که در آن رابطه بین کودک و مادر کانون توجه قرار می گیرد. سایر مسائلی که مورد نظر هستند نقش پدر در امور تربیتی و مدیریتی خانواده و کم و کیف روابط بین پدر و مادر می باشد. بسیاری از روانشناسان معتقدند که با توجه به آثار مخرب ناشی از تداوم اختلال هراس از مدرسه، برای خانواده هایی که بنابه دلائلی در مقابل بازگشت سریع کودک به مدرسه مقاومت می کنند، استفاده از اهرمهای حقوقی و قانونی و قضائی الزامی است (وارنک Warnercke، ۱۹۶۴، اسکاینر، ۱۹۷۴). در خصوص بازگشت دانش آموزان پایه های اول و دوم تحصیلی به مدرسه، باید تلاش شود که برای نخستین روزهایی که کودک به مدرسه برگردانده می شود، فرد مناسبی، ترجیحاً یکی از اعضای خانواده، وی را با راحت ترین وسیله نقلیه ممکن از خانه تا مدرسه و بالعکس

همراهی نماید (بلاگ، ۱۹۸۷). همچنین، توصیه شده است که میزان سازگاری کودک با گروه هم‌سن در محیط مدرسه و خانواده بررسی شود تا اطلاعات دقیق‌تری در زمینه‌های مهارت‌های اجتماعی و خلق و خوی وی بدست آید (بلاگ، ۱۹۸۷). ضمناً، افزایش نقش و تاثیر پدر در خانواده، و حضور و مشارکت فعال وی در برنامه‌های درمانی، و همچنین کاهش شدت وابستگی عاطفی کودک به مادر نیز ضروری است (برایس و بیرد Bryce & Baird، ۱۹۸۶).

### سایر رهنمودهای عملی :

به علت عدم وجود گزارش‌های پژوهشی و بالینی مستند و متعدد در این حیطه، معرفی اصول و روش‌هایی که برای درمان این اختلال در ایران بهترین کاربرد را دارند، به راحتی مقدور نیست، اما بر اساس مجموعه یافته‌های پژوهشی در سایر کشورهای جهان و مشاهدات بالینی مولفین، رهنمودهای ذیل برای پیشگیری و مقابله با این اختلال قابل ارائه هستند:

۱- به والدین توصیه می‌شود تا با اتخاذ روش فرزندپروری مبتنی بر استقلال‌آموزی و همچنین ایجاد محیطی صمیمی و دوستانه در خانواده، آسیب‌پذیری فرزندان خود را در مقابل این اختلال کاهش دهند. در همین راستا، پیشنهاد می‌شود که وابستگی کودک به مادر طی ماه‌های قبل از شروع و باز شدن مدارس به تدریج کاهش داده شود، به ویژه در صورتیکه دانش‌آموز مورد نظر، برادر یا خواهر کوچکتری در منزل دارد. چنانچه کودکی علایم این اختلال را نشان داد، والدین سریعاً با مسئولین مدرسه مذاکره و گفتگو کنند تا با شناسایی هر چه دقیق‌تر وضعیت خاص فرزندشان در آن مقطع زمانی، برخوردی اصولی تر داشته باشند. باید نهایت دقت مبذول شود تا کودکی که از رفتن به مدرسه امتناع می‌کند، موفق به دریافت تقویت‌کننده‌های قابل ملاحظه‌ای در منزل نشود و هر چه سریعتر به مدرسه بازگردد. در همین رابطه، یکی از اقدامات ضروری در منزل، ارائه برنامه‌های آموزشی انفرادی فشرده و حتی‌المقدور جدی همراه با واگذاری تکالیف درسی فراوان و سنگین است. هدف از اتخاذ چنین رویکردی این است که هم عقب ماندگی درسی کودک جبران شود و هم اختلال هراس کودک از مدرسه و ماندن وی در منزل از طریق یافتن فرصت‌های زیادی برای تفریح و بازی به



دریافت نفعهای ثانویه منجر نشود.

۲- به معلمین و مدیران مدارس توصیه می‌شود که برای کاهش احتمال ابتلا دانش‌آموز به اختلال هراس از مدرسه، ارتباطات صمیمانه‌تری با دانش‌آموزان خود داشته باشند، و دانش‌آموزان آسیب‌پذیرتر را با نشانه‌هایی مثل غیبت‌های مکرر و مراجعات فراوان به مراقب بهداشت مدرسه شناسائی کنند. بدیهی است که پس از شناسائی این قبیل دانش‌آموزان، تشکیل جلسات مشاورتی و هماهنگی با والدین آنها، مراقب بهداشت مدرسه و روانشناس ذیصلاح الزامی است.

۳- باید توجه داشت که مسئولیت هماهنگی تیم درمانی بر عهده روانشناس است و وی موظف است که پس از انجام بررسی‌های همه‌جانبه و دقیق، والدین و مسئولین مدرسه را در مواجهه با مشکلات شناختی، عاطفی و رفتاری کودک هماهنگ نماید. در همین رابطه، بررسی نگرش کودک نسبت به معلم، به همکلاسی‌هایش، اعضای خانواده، و مدیر و برنامه‌های مدرسه ضروری است. بدیهی است روانشناس باید، در صورت ضرورت، کودک را برای دریافت خدمات تخصصی بیشتر و گسترده‌تر به سایر مراکز ذی‌ربط معرفی کند.

منابع:

الف. منابع فارسی:

شعاری نژاد، علی اکبر (۱۳۶۴). روانشناسی رشد. انتشارات اطلاعات: تهران.

یاسایی، مهشید (مترجم) (۱۳۶۸). رشد و شخصیت کودک. تالیف ماسن، پاول هنری، کیگان،

جروم، هوستون، آلتاکارول و کانجر، جان. انتشارات نشر مرکز: تهران.

نوابی نژاد، شکوه (مترجم) (۱۳۶۸). کودک و مدرسه. تالیف رونالد ایلینگورث. انتشارات

رشد: تهران.

ب. منابع انگلیسی:

Aldaz, G.D., Feldman, L., Vivas, E. and Gelfand, D. M. (1987).

Characteristics of venezuelan school refusers: Toward the development of a high-risk profile. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 175(7), 402-407.

APA. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (DSM-III-R)*. APA: Washington D. C.

Baker, H. and Wills, U. (1979). School phobic children at work. *British Journal of Psychiatry*, Vol. 135, 561-564.

Bauer, M. and Welch, W. (1992). An analysis of concept of homesickness. *Archives of Psychiatry and Neurology*, 6(1), 54-60.

Barker, P. (1988). *Basic Child Psychiatry*. Blackwell: London.

Lebbington, P. and Hill, P. (1985). *A Manual of Practical Psychiatry*.

Blackwell: London.

Bernstien, G. Garfinkel, B and Bochart, C. (1990). Comparative studies of pharmacotherapy for school refusal. Journal of the American Academy of Child and Adolescence, Psychiatry, 29(5) 773-781

Blagg , N. (1987). School Phobia and its Treatment. Croom Helm London.

Blagg ,N. and Yule, W. (1984). The behavioural treatment of school refusal: A comparative study. Behaviour, Research and Therapy Vol. 22, 119-127.

Bryce, G. and Baird, D. (1986). Precipitating a crisis: Family therapy and adolescent school refusers. Journal of Adolescence, Vol. 9 199-213.

Cantwell, D. P. and Carlson, G. A. (1983). Affective Disorders in Childhood and Adolescence:An Update. SP Medical/Scientific Book: New York.

Chazan, M. (1962). School phobia. British Journal of Educational Psychology, Vol. 32, 209-217.

Eisenberg, L. (1958). School phobia- a study in the communication of anxiety. American Journal of Psychotherapy, Vol. 10, 682-696.

Framrose, R. (1978). Outpatient treatment of severe school phobia. Journal of Adolescence, Vol. 1, 353-361.

Galloway, D. and Miller. A. (1978). The use of graded in vivo

- flooding in the extinction of children's school phobia. *Behavioural Psychotherapy*, Vol. 6, 7-10.
- Garvey, W. P. and Hegrenes, J. R. (1966). Desensitization techniques in the treatment of school phobia. *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol. 36, 147-152.
- Graham, P. (1986). *Child Psychiatry: A Developmental Approach*. Oxford Medical Press: London.
- Gullone, E and King, N. (1991). Acceptability of treatment for school refusal: Evaluations by students, caregivers and professionals. *British Journal of Educational Psychology*. 61(3), 346-354.
- Hersov, L. A. (1960) Persistent non-attendance at school refusals to go to school. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 1, 130-136.
- Hsia, H. (1984). Structural and strategic approach to school phobia/school refusal. *Psychology in the Schools*, Vol. 21, 360-367.
- Hughes, J. K. (1988). *Cognitive Behavior Therapy with Children in School*. Pergamon Press: New York.
- Kaplan, H. and Sadock, B. (1990). *Clinical Psychiatry*. Williams and Williams: London.
- Kasahara, Y. (1989). Reflections on school phobia. *Japanese Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 30(3), 242-251.
- Kennedy, W. A. (1965). School phobia: Rapid treatment of fifty cases.

- Journal of Abnormal Psychology, Vol. 70, 285-289.
- King, N. and Ollendick, T. (1989). School refusal: Graduated and rapid behavioral treatment strategies. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 23(2), 213-223.
- Knox, P. (1989). Home-based education: An alternative approach to school-phobia, special issue: Parents and education: A wider agenda of possibilities. Educational Review, 41(2), 143-151.
- Last, C. Francis, G. and Strauss, G. (1989). Assessing fears in anxiety-disordered children with the revised fear survey schedule for children ( Fssc-R ). Journal of Clinical Child Psychology, 18(2), 137-141.
- Lazarus, A. A. and Abramovitz, A. (1962). The use of emotive imagery in treatment of children's phobias. Journal of Mental Science, Vol. 108, 191-195.
- Lawrence, D. (1987). Enhancing Self-Esteem in the Classroom. Harper and Row: London.
- Lazarus, A. A. , Davidson, G. c. and Polefka, D. A. ( 1965 ). Classical and operant factors in the treatment of a school phobia. Journal of Abnormal Psychology, Vol. 70, 225-229.
- Pilkington, C. and Piersal, W. (1991). School phobia: A critical analysis of the separation anxiety theory and alternative conceptualization. Psychology in the Schools, 28(4), 290-303.

Ross, A. O. (1974). *Psychological Disorders of Children*.  
Mc-Graw-Hill: New York.

Ross, A. O. (1981). *Child Behavior Therapy: Principles, Procedures,  
and Empirical Bases*. John Wiley and Sons: New York.

Rufler, M. and Hersov, L. (1985). *Child and Adolescent Psychiatry:  
Modern Approaches*. Blackburn: Oxford.

Rutter, M. Tizard, J. and Whitmore, K. (1970). *Education, Health  
and Behaviour*. Longman: London.

Schaefer, C. E. and Millman, H. L (1981). *How to Help Children with  
Common Problem*. Van Nostrand Reinhold Company : New York.

Shimizu, M. (1989). The relationship between the school refusal and  
school education. *Japanese Journal of Child and Adolescent  
Psychiatry*, 30(3), 232-238.

Smith, R. E. and Sharpe, T.M. (1970). Treatment of school phobia with  
implosive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*,  
Vol. 35, 239-243.

Tatara, M. (1987). Some clinical consideration of neurotic school  
refusal. *Hitoshima Forum for Psychology*, Vol. 12, 15-18.

Taylor, L. and Adelman, H. S. (1990). School avoidance behavior:  
Motivational bases and implications for intervention. *Child Psychiatry  
and Human Development*, 20(4), 219-233.

Tennet, T. G. (1971). School non-attendance and delinquency.

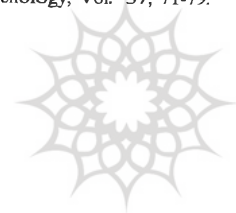
Educational Research, 13(3), 185-190.

Tyerman, M. J. (1972). Absent from school. Trends in Education, Vol. 16, 14-20.

Yales, A. J. (1970). Behavior Therapy. Wiley: New York.

Valles, E. and Oddy, M. (1984). The influence of a return to school long-term adjustment of school refusers. Journal of Adolescence, Vol. 7, 35-44.

Warnecke, R. (1964). School phobia and its treatment. British Journal of Medical Psychology, Vol. 37, 71-79.



شهر شهید چمران اهواز  
پرتال جامع علوم انسانی